

福祉医療費支給申請書 (乳幼児・重度心身障害者・母子家庭等・父子家庭)

年 月 日

美濃市長 様

申請者 住所

氏名

(電話)

受給資格者 (患者名)	受給資格者 番号		申請者 との続柄	
	氏名			

年 月中に診療等を受けたので医療費の支給を申請します。

保険医療機関等証明欄

1 入院 2 入院外 3 訪問看護	1 国保 2 社保 3 退職者 4 後期高齢者	1 7 割 2 8 割	3 9 割 4 定 額
診 療 月	年 月 分		
保 険 総 点 数	点		
上記のうち他法公費負担対象点	点		
一部負担額 (患者負担額)	円 (点)		

上記金額は、領収済であることを証明する。

年 月 日

医療機関名 所在地
名 称
開設者名



10割自費診療の場合には、この証明を書かないでください。

この欄は、医療機関等での証明の前に必ず記入してください。

決 裁	受付		年 月 日		
	決定		年 月 日		
	支給		年 月 日		
支 給 内 訳	総 医 療 費 A	控 除 額 の 内 訳			支 給 決 定 額 A - D
		法定保険給付額 B	付加給付等 C	控除額の計 (B + C) D	